CONGRÈS
DE
GYNÉCOLOGIE
DE GENÈVE
SEPTEMBRE 1896

I. — Traitement des Suppurations pelviennes

II. — Traitement des Rétro-Déviations utérines

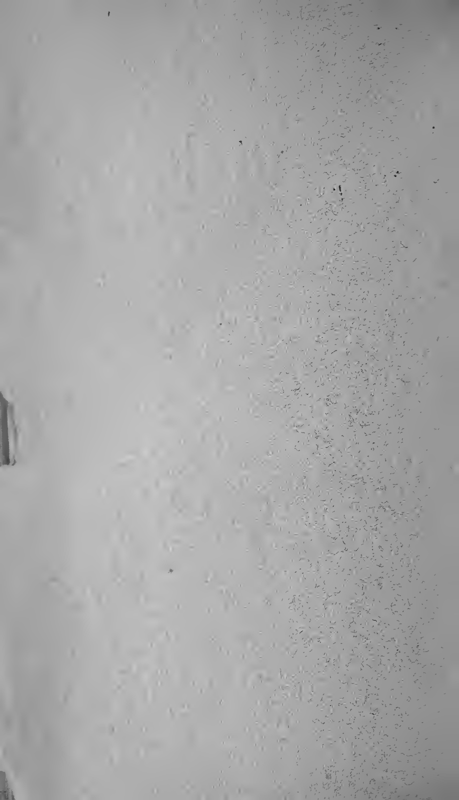
III. — Du meilleur Mode de Fermeture de l'Abdomen

IV. — L'Hystérectomie abdominale totale

PAR LE Dr E. DOYEN

REIMS
Imprimerie E. BUGG, rue Robert-de-Coucy, 4

1896



CONGRÈS
DE
GYNÉCOLOGIE
DE GENÈVE
SEPTEMBRE 1896

I. — Traitement des Suppurations pelviennes

II. — Traitement des Rétro-Déviations utérines

III. — Du meilleur Mode de Fermeture de l'Abdomen

IV. — L'Hystérectomie abdominale totale

PAR LE Dr E. DOYEN

REIMS
Imprimerie E. BUGG, rue Robert-de-Coucy, 4
1896



Traitement des Suppurations pelviennes

—

Le traitement opératoire des suppurations péri-utérines est demeuré à l'ordre du jour depuis la communication de Péan, en août 1890, à l'Académie de Médecine et au congrès de Berlin. Nous passerons en revue les trois méthodes concurrentes : 1° l'hystérectomie vaginale ; 2° la castration tubo-ovarienne par la laparotomie ; 3° l'incision simple des foyers purulents.

I. *Hystérectomie vaginale*

Segond se fit, dès 1890, le champion des idées de Péan, et préconisa comme procédé de choix, dans les cas de suppuration pelvienne, l'extirpation vaginale de l'utérus par la méthode du morcellement après hémostase préventive.

Péan, au moment du 5e congrès français de chirurgie, n'avait pas encore publié ses observations. Il n'avait pas fait connaître la date de ses premières opérations. Et lorsque, prenant la parole quelques instants après Segond, nous avons donné le 1er avril 1891 le résumé de nos 18 premières observations d'hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires, et signalé l'année 1887 comme date de nos premières hystérectomies vaginales pour lésions suppurées des annexes, nous avions le simple désir de prendre rang avant Segond, qui venait de se poser comme l'alter-ego de Péan, parmi les promoteurs de la nouvelle méthode.

C'est ainsi que nous avons fait connaître qu'en décembre 1887, c'est-à-dire deux ans et demi avant la première communication de Péan sur ce même sujet, nous avons imaginé de notre côté, et sans connaître ses observations, encore inédites, d'appliquer l'hystérectomie vaginale au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, particulièrement dans les cas de lésions suppurées, et de substituer à la castration tubo-ovarienne de Hegar et Battey la castration totale par le vagin.

Les avantages de la voie vaginale nous semblaient tels, qu'avant d'avoir jamais pratiqué la moindre laparotomie pour lésions inflammatoires des annexes, nous avons attaqué de propos délibéré ces lésions par la voie vaginale, trouvant défectueux d'enlever les annexes seules et de laisser en place la cause première du mal, l'utérus atteint de métrite infectieuse.

Il est aisé de constater, en parcourant le texte de notre communication du 1er avril 1891, que nous n'avons jamais songé à réclamer à cette époque la moindre priorité pour l'hystérectomie vaginale dans les cas de lésions suppurées, ce que nous eussions certainement fait dès le mois d'août 1890, si Péan, au lieu de traiter suivant son habitude la question sur un ton général et sans rien préciser, avait donné la date de sa première opération.

Segond, dans son rapport au Congrès de gynécologie de Bruxelles (sept. 1892) aurait pu ne pas oublier de citer nos observations, et notre communication aurait dû d'autant mieux attirer l'attention du rapporteur que, parmi les orateurs inscrits à Paris à propos de la discussion

à l'ordre du jour, trois seulement : Péan, Segond et Doyen s'étaient montrés, tout en préconisant deux méthodes opératoires bien distinctes, les partisans de l'hystérectomie vaginale.

C'est donc seulement à Bruxelles, le 15 septembre 1892, que Segond, demandant la parole à propos de notre communication et incriminant cette date du 3 décembre 1887 que nous venions de citer, nous reprocha vivement de réclamer trop tard une priorité qui ne saurait, disait-il, être enlevée à Péan.

Nous avons écouté avec un profond étonnement les paroles de Segond. Comment aurions-nous pu, sans connaître les dates ni les moindres détails des premières hystérectomies de Péan pour lésions péri-utérines suppurées, réclamer la priorité sur un chirurgien d'une pratique aussi étendue et dont nous croyons les observations bien antérieures aux nôtres.

Les observations de Péan n'ont en effet été publiées que dans le tome 8 de ses cliniques, qui parut en décembre 1892, c'est-à-dire trois mois après le Congrès de Bruxelles.

Et il est facile de lire, dans les compte-rendus du même Congrès (page 208, avant-dernière ligne), que nous croyons les premières opérations de Péan faites au cours de l'année 1886. Nous ne songions donc aucunement à réclamer la priorité contre Péan.

Notre communication de Paris étant demeurée inaperçue, nous venions simplement affirmer, pour la seconde fois, notre antériorité de près de trois ans sur les observations de Segond et déclarer que non seulement nous avions eu en 1887, avant qu'il n'ait fait aucune

communication sur ce sujet, la même idée que Péan d'appliquer l'hystérectomie vaginale au traitement des lésions suppurées péri-utérines, mais que dès cette époque, nous avions atteint ce but par une méthode opératoire originale, absolument différente de l'hystérectomie par morcellement et très supérieure à cette dernière.

Segond nous apprit, en comparant les dates, jusqu'alors ignorées de tous, excepté de lui et de Péan, qu'en outre la priorité de l'opération nous appartenait sans conteste.

Il n'y avait pas là matière à un reproche et le représentant officiel de la France à Bruxelles, s'il se refusait à adresser à un jeune collègue, Français comme lui, quelques félicitations, aurait eu meilleure grâce à garder le silence.

Depuis, un de ses élèves a même tenté de contester nos premières observations — nous passerons sur ces mesquineries.

Les collègues qui ont participé à nos premières opérations, le Dr Decès, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims, et le Dr Seuvre, comme lui ancien interne des hôpitaux de Paris, sont les garants que non seulement nous avons fait notre première hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes de propos délibéré, et après discussion approfondie, mais que nous avons pratiqué nos premières hystérectomies vaginales de nous-même, sans avoir jamais assisté à aucune opération analogue faite par un autre chirurgien, et que, le 3 décembre 1887, lorsque nous avons appliqué notre procédé d'hystérectomie vaginale à la cure d'un cas grave de lésion péri-utérine suppurée, nous n'avions encore pratiqué

aucune laparotomie pour lésion suppurée des annexes. Notre méthode était donc sans conteste une méthode originale.

La malade, Madame P..., habitant à Reims, place d'Erlon, âgée de 42 ans, et atteinte, après plusieurs poussées antérieures, d'accidents inflammatoires aigus, présentait une température de 40°. La présence du pus dans les annexes des deux côtés étant certaine et l'opération devant être bi-latérale, nous avons décidé de choisir la voie vaginale, que nous avions déjà employée avec succès dans un cas grave de périmétrite adhésive non suppurée.

La guérison nous semblait plus sûre en pratiquant la « castration totale », la castration « tubo-ovarienne » par la laparotomie ayant l'inconvénient de laisser en place l'utérus, atteint de métrite interne infectieuse, origine de la double ovarosalpingite suppurée.

Nous supprimions ainsi, contrairement à la méthode incomplète de Battey et de Hégar, à la fois et la cause et l'effet.

Nous avons fait cette opération en moins de trente minutes, par notre procédé aujourd'hui bien connu d'hémisection médiane antérieure de l'utérus, et nous avons extrait avec les doigts et des pinces à anneaux les poches tubo-ovariennes, l'une entière, l'autre après évacuation du pus, en totalité, après les avoir libérées de leurs adhérences intestinales multiples.

Les annexes à la vulve, nous avons placé au-dessus d'elles, de chaque côté, une seule de nos pinces à pression élastique sur chaque ligament large et pratiqué leur section.

La guérison se fit sans encombre. Cette première opération (nous l'avions

répétée dix-huit fois dans divers cas de lésions annexielles inflammatoires, en avril 1891, lors de notre communication au Congrès de chirurgie de Paris), affirme donc à la fois : 1° notre priorité de date — puisque l'intervention a été faite avant la première opération de de Péan, et, de plus, de propos délibéré, après discussion entre plusieurs confrères ; 2° l'originalité de notre procédé opératoire.

Péan seul, par sa grande autorité, pouvait faire prévaloir une méthode nouvelle.

Nous n'avions jamais songé qu'à opposer, avec observations à l'appui, à la méthode de Péan une méthode personnelle et originale, ayant, comme la sienne, fait ses preuves et méritant d'être mise en concurrence avec les procédés du chirurgien de Saint-Louis.

La question des dates est aujourd'hui jugée, et la priorité nous appartient, grâce à Segond.

Si l'équivoque a duré jusqu'en septembre 1892, Péan et Segond seuls en sont responsables, l'un pour n'avoir publié qu'après nous la date de sa première opération, le deuxième pour avoir négligé de prendre en considération notre communication de l'année précédente.

Discutons maintenant la valeur des procédés opératoires.

Les adeptes de la méthode de Péan ont cherché, dans un but trop évident, à faire prévaloir pour l'hystérectomie en cas de lésion suppurée des annexes, le nom d' « opération de Péan ».

Landau s'est fait en Allemagne le champion de cette idée.

Nous croyons qu'il y a là une exagération et que, si Péan a eu sans conteste

le mérite d'apporter à la nouvelle méthode l'appui de sa grande autorité, le nom d' « opération de Péan » doit être réservé à l'hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes par la méthode de Péan, c'est-à-dire par la méthode du « morcellement après hémostase préventive ».

Je ne sache pas qu'en décidant une opération d'hystérectomie vaginale pour lésion inflammatoire des annexes, aucun chirurgien puisse affirmer dans tous les cas sans exception, avant d'en avoir la preuve devant les yeux, la présence du pus.

Aussi Péan et Segond les premiers ont-ils fait rentrer dans leurs statistiques, à côté des cas d'hystérectomie pour lésions réellement suppurées, les hystérectomies pour hémosalpinx et pour lésions inflammatoires simples.

Ce point étant bien déterminé, d'après les statistiques mêmes de Péan et de Segond et des adeptes de leur méthode, nous croyons que le terme « opération de Péan », doit être donné non pas à toute hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires des annexes, mais bien à la seule hystérectomie vaginale faite par la méthode décrite par Péan depuis le mois d'Août 1890 dans diverses communications.

L' « opération de Péan » est l'hystérectomie vaginale par morcellement avec forcipressure préventive de l'étage inférieur des ligaments larges, section bilatérale du col, résection des valves cervicales antérieures et postérieures ainsi obtenues et ainsi de suite jusqu'à extraction complète de l'utérus.

L'opération de Doyen consiste, au contraire, à ouvrir d'abord le cul-de-sac

péritonéal postérieur, à décoller, s'il y a lieu, de ses adhérences, la face postérieure de l'utérus, puis à extraire l'organe en l'inversant à la vulve, après hémisection médiane de sa paroi antérieure, et, à sa suite, les annexes.

L'hémostase est inutile au cours de l'opération. La forcipıessure des ligaments larges n'est pratiquée qu'à la fin de l'opération, au-dessus des annexes.

Nous avons donc en presence pour le traitement opératoire des suppurations pelviennes, deux procédés opératoires bien distincts : l'un, celui qui a la priorité comme date, le procédé de Doyen ; l'autre, le procédé de Péan.

L'opération de Péan doit-elle l'emporter sur l'opération de Doyen ? telle est la question.

Nous ne le croyons pas.

La méthode de Péan est une méthode à la fois aveugle et hésitante. Péan commence par isoler le col de la muqueuse vaginale. Il applique de chaque côté, sur les artères utérines, une pince à forcipressure, pratique la section bilatérale du col et résèque les deux valves ainsi obtenues. Le tissu utérin saisi à l'aide de nouvelles pinces à griffes et isolé des tissus voisins, Péan place de chaque côté du moignon cervical deux nouvelles pinces à forcipressure, le sectionne transversalement, résèque les deux nouveaux lambeaux, et ainsi de suite jusqu'à l'extraction du fond de l'organe. Existe-t-il des adhérences profondes, des poches purulentes intra-péritonéales ou annexielles, ces poches se trouvent ouvertes progressivement. Le pus s'écoule à la vulve et, fragment par fragment, l'opérateur extirpe le tissu utérin et ce qu'il peut des annexes.

L'opération terminée, le vagin se trouve bourré de 8, 10, 15, 30 et jusqu'à 40 ou 50 pinces, pour la plupart inutiles. Souvent Péan a laissé également des éponges montées, se trouvant impuissant à arrêter, à la fin de l'opération, malgré cet abus de pinces, une hémorrhagie dont la source se trouvait inaccessible.

L'un des moindres inconvénients de l'opération de Péan est d'être une opération radicale entre toutes, puisque avant même d'avoir pu pratiquer l'exploration de la cavité pelvienne, la moitié inférieure de l'utérus, sa presque totalité même se trouvent reséquées. Dès que Péan prend le bistouri, le sacrifice de l'utérus est décidé. Peu importe si, l'utérus à la vulve, on s'aperçoit que les trompes et les ovaires sont sains et que la femme a subi une mutilation inutile. Que de femmes ont ainsi subi l'ablation vaginale de l'utérus sain, alors qu'elles étaient atteintes d'appendicite ou de troubles gastriques que l'on prétendait ainsi guérir.

S'agit-il d'un utérus enclavé au milieu d'adhérences pelviennes, entouré de poches purulentes intraperitonéales, tubaires ou ovariennes : le col reséqué, l'opérateur, qui s'est privé sans raison plausible du meilleur guide pour mener à bien l'opération, extirpe, morceaux par morceaux, ce qu'il peut atteindre de l'utérus. Si, par malheur, la vulve est étroite, si le fond de l'utérus est haut fixé, plus l'opération se prolonge et plus le champ opératoire, encombré de pinces, devient à la fois exigu et profond. Bien heureux si, au bout de trois quarts d'heure, d'une heure, de deux heures et plus de ces manœuvres pénibles, le chi-

rurgien arrive à ouvrir les poches purulentes pelviennes, laissant dans le bassin la plus grande partie des annexes et souvent des fragments des cornes et du fond de l'utérus.

Encore un coup de bistouri et l'opérateur, heureux d'extraire un nouveau fragment, amène triomphalement à la vulve un fragment de la vessie ou quelques décimètres d'intestin.

Opération laborieuse entre toutes, aussi pénible pour le chirurgien que pour la patiente, qui subit sous forme de choc le contre-coup de ces manœuvres brutales et prolongées : telle est l'opération de Péan.

Et ne croyez pas que nous exagérions. L'opération de Péan peut être complète, dans les cas très simples.

Dans les cas difficiles, elle demeure forcément incomplète et inachevée. C'est alors non pas même une castration utérine simple, comme l'a d'abord proposée Péan, jugeant inutile d'enlever les annexes, mais, une « hystérectomie sans hystérectomie » ainsi qu'on l'a spirituellement dénommée.

Quant aux lésions de la vessie, de l'uretère, de l'intestin, on ne les compte plus. On a généralement omis de les signaler et de même que nous avons examiné, entre autres, une femme qui, se croyant opérée, par un élève de Péan, d'ablation totale de l'utérus et des annexes, et souffrait plus que jamais, avait à peine subi une extirpation partielle du col, de même Péan, dans ses statistiques d'hystérectomie totale pour fibrômes, a compté au nombre de ces opérations de simples énucléations de polypes muqueux sans incision ni résection du col utérin. Il est donc impossible de

se baser, au point de vue des résultats, sur les chiffres publiés, pour se rendre compte 1° des accidents immédiats imputables au manuel opératoire ; 2° de la mortalité réelle de l'opération de Péan.

Notre manuel opératoire est bien différent. Dès 1887, comme en témoignent nos photographies, publiées dans un mémoire antérieur, nous avons réglé les grandes lignes de notre procédé d'hystérectomie :

Le col saisi de chaque côté par une pince à griffes, nous incisons avec des ciseaux mousses (jamais nous n'employons, comme Péan, le bistouri) le cul-de-sac vaginal postérieur. Le péritoine est ouvert, s'il est libre, du 2e au 3e coup de ciseaux. Il s'écoule alors 15 à 30 grammes de sérosité citrine, normale chez la femme.

L'index droit, introduit dans la boutonnière séreuse, explore la face postérieure de l'utérus ainsi que les annexes, et s'il existe des adhérences partielles, les détruit aussi haut que possible.

Ceux qui n'ont pas employé notre procédé ne peuvent savoir combien, par une simple boutonnière du cul-de-sac de Douglas, il est aisé d'explorer en quelques instants la face postérieure de l'utérus, le fond de cet organe et les annexes des deux côtés. L'index, circonscrivant, s'il en existe, les poches tubo-ovariennes, les isole jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et même de l'ombilic. Si le Douglas est oblitéré par des adhérences inflammatoires, l'index, suivant de la pulpe la face postérieure de l'utérus, décolle ce dernier des tissus sous jacents, et peut le plus souvent en atteindre puis en franchir le fond et les cornes, accessibles, à moins

d'une hypertrophie assez rare en pareil cas, pour un chirurgien de quelque expérience.

L'exploration du petit bassin terminée et quelques-unes des poches retro-utérines ou latérales se trouvant évacuées à la vulve au cours de ces manœuvres, il est aisé de décider, en toute connaissance de cause, si la castration utéro-ovarienne ou, comme nous l'avons dénommé le premier, la « castration totale » doit être effectuée.

L'opération radicale décidée, le col est attiré en bas, l'écarteur porté en avant, et nous complétons avec les ciseaux mousses, sur les côtés et en avant du col, la section de la muqueuse vaginale.

La vessie est décollée avec l'index droit aussi haut et aussi latéralement que possible. L'utérus est alors isolé en avant et en arrière de toute connexion avec les organes voisins. Le col s'abaisse aussitôt au voisinage de la vulve. Nous pratiquons l'hémisection de sa paroi antérieure. Bientôt apparaît le cul-de-sac peritonéal antérieur, appliqué à la face antérieure de l'utérus. Nous l'incisons largement. L'hémisection médiane est prolongée sur le corps de l'organe, qui, attirant à sa suite les anses intestinales ou l'épiploon adhèrents, souvent l'S iliaque, parfois l'appendice vermiculaire et le cœcum, s'abaisse peu à peu et apparaît entièrement au-dessous de l'écarteur.

L'isolement du fond de l'utérus se fait aisément sous les yeux même des spectateurs, et l'opération se termine d'autant mieux, qu'aucune pince vaginale n'encombre le champ opératoire. Le corps de l'utérus, entr'ouvert, pend à la fourchette ; en aucun cas, nous n'a-

vons jugé utile ou avantageux, comme le pratiquent quelques-uns, d'achever sa section en deux moitiés latérales. Nous reconnaissons, de l'index, la pulpe tournée vers les annexes à explorer, les tumeurs, des deux côtés, et nous commençons l'extirpation par les plus accessibles, les gauches de préférence. Nous serrons, à cet effet, entre les mors d'une pince à anneaux ce qui peut être saisi des trompes et, par des tractions modérées, combinées à l'action de l'index et du médius, qui, après avoir rompu progressivement les adhérences, atteignent bientôt la partie supérieure des annexes et les luxent à la vulve, nous pratiquons l'extirpation complète des poches tubo-ovariennes. S'il existe des kystes séreux ou purulents trop volumineux, il est facile de les évacuer à la vulve au cours de ces manœuvres.

Il est exceptionnel que l'extraction des annexes ne soit pas complète. Celle de l'utérus l'est toujours, grâce à la simplicité de notre méthode.

Les poches tubaires lardacées, si elles sont trop volumineuses, sont extraites en inversion, comme l'utérus, grâce à plusieurs sections en V, comme nous les pratiquons dans les cas de fibrômes.

Nous appliquons alors au-dessus des annexes, sur chaque ligament large, de haut en bas, une grande pince à mors élastiques, puis, soit au-dessus, soit au-dessous, une petite pince, dite de sûreté ou de renfort, et nous tamponnons le vagin jusqu'à la boutonnière péritonéale où se trouvent exactement les extrémités des mors de nos grandes pinces, avec une ou deux compresses de gaze stérilisée. La grande pince est enlevée au bout de quarante heures ; les petites, huit ou

dix heures plus tard ; la gaze, le troisième ou le quatrième jour. Le cinquième jour seulement, à moins d'indications spéciales, les injections vaginales sont largement pratiquées, au nombre de cinq à six par vingt-quatre heures.

Quels sont les résultats de cette méthode ?

Notre statistique intégrale nous donne, avant décembre 1893, 7,5 0/0 d'insuccès, pour les lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes et, depuis ce temps 2,1 0/0. Et, comme il est facile de le constater sur nos registres, tenus au jour le jour, nous n'avons pas eu besoin de supprimer, pour obtenir ces chiffres, sous prétexte de décès de cause extra-opératoire, de prétendus étranglements internes ou de prétendues pneumonies, où il ne faut voir le plus souvent que des accidents septicémiques directs. Ces détails sont loin d'être superflus.

Toutes nos séances opératoires ont lieu devant plusieurs confrères français. Beaucoup de collègues étrangers nous ont honoré de leur visite. Tous ont pu vérifier nos assertions : un utérus très adhérent avec ovaro salpingite suppurée bilatérale de moyen volume s'enlève, par notre méthode, en six ou huit minutes. Depuis plus d'un an, nous n'avons pas dépassé, dans les cas les plus compliqués, le temps de quinze minutes, y compris la forcipressure et la section des ligaments larges.

Dans un de ces cas, l'utérus était immobilisé très haut et le col, à peine accessible, ne pouvait être abaissé de dix millimètres sous l'influence des tractions les plus violentes. La face postérieure de l'utérus isolée, ainsi que la vessie, le col apparut à la vulve. Au bout de trois minu-

tes, l'utérus était extrait. Les annexes gauches, énormes, adhéraient à l'intestin et furent extraites en bloc. Les annexes gauches, du volume des deux poings, remontaient presque à l'ombilic et amenèrent à leur suite le cœcum et l'appendice vermiculaire, qui en furent isolés sous les yeux de tous.

Aucun accident opératoire, guérison apyrétique.

Segond qui, sans avoir jamais pris la peine de nous voir opérer, reconnaît notre procédé d'hystérectomie vaginale comme très supérieur à celui de Péan dans les cas très simples, prétend ce dernier seul applicable dans les cas difficiles et compliqués d'adhérences.

Nous ne pouvons accepter le jugement de Segond.

Dans les cas simples, on enlève par notre méthode en 3, 4, 5, 6 ou 8 minutes des utérus que Péan et ses élèves extirpent à grand peine en un quart d'heure, une demi-heure, trois quarts d'heure et plus.

Dans les cas difficiles, nous menons à bien en 10, 12 et 15 minutes avec extirpation complète des annexes, des interventions où par la méthode de Péan, on ne sait pas encore, au bout d'une heure et demie, quand on pourra entrevoir la fin de l'opération.

Presque tous les confrères qui ont assisté à nos séances opératoires nous ont vu pratiquer successivement 6, 8 et 10 opérations, et souvent après 3 ou 4 laparotomies, 4, 5 ou 6 hystérectomies vaginales.

Presque tous ont également suivi les opérations de Péan et de Segond. Tous on pu se convaincre que le peu de durée de nos hystérectomies vaginales dé-

dépendait exclusivement de la perfection et de la simplicité de notre manuel opératoire. La position même de la malade, qui, chez nous, a le bassin légèrement luxé en avant et l'axe du vagin horizontal, au lieu de se trouver dans la position de Segond, les jambes pliées sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, est remarquablement favorable à l'extracpation rapide de l'utérus et des annexes.

L'opération, loin de se faire à l'aveugle, peut être suivie par 10 ou 15 spectateurs.

Aussi, presque tous les chirurgiens qui ont assisté à nos opérations ont-ils définitivement abandonné la méthode de Péan. Ceux qui faisaient avec peine par la méthode de Péan une hystérectomie pour suppuration pelvienne en une heure ou une heure et demie, la terminent par notre procédé en 15 ou 20 minutes.

L'opération de Péan offre d'ailleurs les mêmes inconvénients, dans les cas de suppuration pelvienne, que présente, dans les cas de fibrômes utérins, sa méthode d'hystérectomie par morcellement central conoïde après hémostase préventive.

Péan encombre le champ opératoire d'instruments inutiles, et, dès le début de l'opération sacrifie le col, que nous conservons au contraire comme le guide le plus précieux, au cas où, les pinces supérieures ayant lâché tout à coup, le fond de l'utérus vient à fuir dans la profondeur. N'avons-nous pas les lèvres de notre section médiane, qu'il nous suffit de suivre de nouveau de bas en haut, pour ressaisir le fond de l'organe, tout en conservant dans les cas les plus difficiles une notion exacte des rapports de l'utérus et des organes voisins. Enfin, et cet argument n'est pas

l'un des moindres, jamais, sur plusieurs centaines de cas d'hystérectomie pour lésions inflammatoires souvent suppurées, il ne nous est arrivé de blesser ni la vessie, ni les uretères, et une seule fois nous avons eu une petite déchirure de l'intestin grêle, dans un cas de poches purulentes multiples fistuleuses.

Impossibilité presque absolue de blesser l'uretère, la vessie ou l'intestin, durée beaucoup moindre de l'opération, perte de sang minime ou nulle, et par suite, moins de chance de choc, tels sont les avantages réels de notre méthode.

Tous les chirurgiens qui, après avoir assisté à plusieurs de nos opérations, si simples et si rapides, voient de nouveau opérer Péan ou Segond avec ce luxe d'aides et d'instruments superflus, se rendent compte que, dans des interventions aussi prolongées et aussi laborieuses, l'opérateur se crée à lui-même des difficultés tout artificielles et perd un temps précieux à des manœuvres inutiles. Que peut-on bien faire durant deux heures dans le vagin, sinon contusionner ou blesser la vessie, les uretères ou l'intestin.

Nous rappelons que nous opérons avec un seul assistant, ce qui, à notre avis, est une double condition de rapidité et de succès.

Opérer vite, bien et simplement, tel à toujours été notre objectif. La méthode si compliquée de Péan, cette mise en scène presque théâtrale que tout le monde connaît, sont les moindres critiques qu'on puisse adresser à l'inventeur de l'hémostase préventive et du morcellement, dont la méthode, déjà surannée, ne conservera que peu de temps encore l'intérêt purement rétrospectif que nous lui concédons aujourd'hui.

II. *Extirpation des Annexes par la Laparotomie*

Passons à la laparotomie.

Nous avons pratiqué 80 fois environ l'extirpation des annexes par la laparotomie.

Ce chiffre témoigne de notre prédilection pour la voie vaginale.

La laparotomie est indiquée chaque fois qu'il existe des tumeurs annexielles très volumineuses, atteignant ou dépassant l'ombilic, et particulièrement dans les cas où le diagnostic de tuberculose est probable.

La limite à assigner entre les tumeurs annexielles inflammatoires justiciables soit de la laparotomie, soit de l'hystérectomie vaginale, variera toujours quelque peu suivant l'expérience et l'habileté manuelle de chaque opérateur.

Y a-t-il quelque doute, les instruments doivent être prêts pour l'un ou l'autre mode d'intervention. Un dernier examen, pratiqué sous le chloroforme, permet au chirurgien de décider en dernier ressort et de choisir la voie qui lui paraît offrir entre ses mains le plus de chance de succès.

Le chirurgien se trompera rarement s'il est guidé, non pas par le désir de faire prévaloir telle ou telle méthode, mais bien par l'intérêt seul de la patiente.

Nous n'avons pas à nous étendre sur le manuel opératoire bien connu de l'extirpation des annexes par la laparotomie.

La position de Trendelenbourg, inutile dans les cas simples, où les poches tubaires ou ovariennes peuvent être enlevées intactes et sans rupture, est défectueuse chaque fois qu'il faut évacuer

au dehors de grandes quantités de pus, et particulièrement dans les cas où le pus, si souvent infertile, contient au contraire le streptocoque ou le bactérium coli.

La position de Trendelenbourg expose alors à la contamination des régions supérieures du péritoine, devenues déclives, et où l'introduction d'une seule goutte de pus virulent peut être le point de départ d'une infection suraiguë.

Nous opérons dans le décubitus dorsal horizontal, placé à droite de la malade.

Se présente-t-il quelque suture ou ligature difficile au fond de la cavité pelvienne, le mécanisme de notre lit d'opération nous permet de disposer en un instant, en déplaçant uniquement le chloroformisateur, la patiente dans la position déclive de Trendelenbourg.

Nous sectionnons au thermocautère le pédicule avant de le réduire.

Les désordres pelviens sont-ils considérables, nous isolons par quelques sutures rétrovésicales, pelviennes et mésentériques, le petit bassin de la grande cavité péritonéale; parfois cette cavité inférieure est bourrée de gaze temporairement. Cette gaze fait saillie à l'extrémité inférieure de l'incision pariétale, que nous laissons entr'ouverte, après avoir pris soin de fermer exactement le péritoine au-dessus.

Il est aisé d'enlever par la laparotomie, grâce à notre procédé déjà décrit d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, l'utérus en même temps que les annexes, en refermant le vagin. Si la malade est très affaiblie, il faut toutefois savoir s'arrêter à temps et ne pas compromettre le succès par une intervention plus grave et sans utilité immédiate.

Il sera temps encore, s'il persiste après la castration tubo-ovarienne des accidents utérins, de faire l'hystérectomie vaginale, simplifiée par l'ablation antérieure des annexes.

III. *Incision simple des poches purulentes*

L'extirpation des annexes par la laparotomie d'une part, l'hystérectomie vaginale de l'autre, ont tout d'abord tellement passionné les chirurgiens, que c'est à peine si, au premier congrès de gynécologie en 1892, à Bruxelles, quelques voix, et particulièrement celle de Laroyenne, de Lyon, se sont élevées en faveur de la chirurgie conservatrice.

Nous avons rappelé, à propos de la méthode de Laroyenne, que Bernutz, bien avant lui, opérait de même à l'aide du trocart, et nous n'avons combattu le procédé du trocart que pour préconiser, à l'exemple de Bouilly, une méthode plus chirurgicale et moins aveugle : l'incision large du cul-de-sac postérieur et des poches adjacentes.

Cette incision vaginale simple des poches péri-utérines, nous l'avons pratiquée assez souvent.

N'est-elle pas, en quelque sorte, un des temps de notre méthode d'hystérectomie vaginale.

Nous ouvrons tout d'abord le cul-de-sac de Douglas, oblitéré ou non, et nous explorons la face postérieure de l'utérus. Existe-t-il une ou plusieurs poches purulente, sséreuses ou sanguines volumineuses, le doigt les ouvre aisément, sinon les ciseaux mousses. S'écoule-t-il une grande quantité de pus, nous préférons éponger simplement les poches et

les tamponner, pour remettre à une date ultérieure l'hystérectomie vaginale, qui, souvent, comme le démontrent les observations de Bernutz, de Laroyenne et les nôtres, n'est pas nécessaire.

Notre procédé d'hystérectomie vaginale est donc à volonté, soit une opération simplement exploratrice, au même titre qu'une laparotomie exploratrice, soit une opération conservatrice : incision simple des poches péritonéales ou tubo-ovariennes, soit enfin une opération radicale, et, chez de jeunes femmes, nous avons à diverses reprises pratiqué par l'incision du cul-de-sac postérieur, après avoir vérifié l'intégrité des annexes du côté opposé, l'extirpation unilatérale simple des annexes malades, en laissant en place l'utérus.

Notre procédé vaginal permet donc, à l'encontre de l'opération de Péan, qui mutile d'emblée l'utérus :

1° De vérifier le diagnostic par l'exploration digitale du petit bassin.

2° De pouvoir, suivant les indications qui peuvent surgir au cours de cette exploration, se contenter de l'incision simple des poches péri-utérines ou de l'extirpation unilatérale des annexes, méthode précieuse chez une jeune femme souffrant, par exemple, d'un hémosalpinx simple ou suppuré sans lésion de la trompe opposée.

Péan, comne nous l'avons vu, sacrifie au contraire l'utérus dès le début de l'opération, tout en s'exposant à laisser, faute d'un manuel opératoire suffisant, l'intervention inachevée.

L'incision simple des poches péri-utérines par le vagin est donc l'opération de choix dans un certain nombre de cas bien déterminés, chez des jeunes

filles, par exemple, ou chez de jeunes femmes chez lesquelles la castration totale ne doit être tentée que comme suprême ressource. Ce mode d'intervention est encore le meilleur dans les cas de poches purulentes pelviennes très volumineuses, où l'état général de la patiente est assez mauvais pour contr'indiquer une opération plus laborieuse, qui pourrait exposer un organisme débilité et sans résistance à une infection péritonéale rapidement mortelle.

L'incision simple des poches peut se faire également par la laparotomie, toujours préférable à la voie vaginale quand l'affection affecte une forme nettement abdominale.

Il faut alors inciser au-dessus du pubis.

La laparotomie médiane est généralement indiquée, le plastron sous-omblical s'étendant le plus souvent des deux côtés. Parfois, si l'induration est unilatérale, et si, comme nous l'avons observé, il est impossible de faire le diagnostic différentiel entre une collection purulente intra-péritonéale ou sous-péritonéale, l'incision doit être faite de préférence parallèlement à l'arcade de Fallope.

Le diagnostic exact du siège de la suppuration ne peut le plus souvent être fait que de visu.

Tout récemment appelé à opérer d'urgence, dans un village, une jeune fille de 16 ans, atteinte de suppuration pelvienne, et dont la mère avait été guérie, peu de temps auparavant, d'une hématocèle rétro-utérine, par l'incision vaginale simple pratiquée avec succès par notre ami le Dr Rebière, nous avons constaté au palper l'existence d'un plas-

tron sous-omblical énorme, s'étendant à gauche vers le rein. Le cul-de-sac postérieur était envahi, l'utérus immobilisé. L'affection ayant débuté brusquement à la fin des règles, six semaines auparavant, le diagnostic rationel était celui d'hématocèle ou d'hémosalpinx double suppuré.

Bien que certains gynécologistes aient cru, dans ces dernières années, devoir contester la possibilité d'hématocèles intra péritonéales vraies, l'irrégularité des limites supérieures du plastron sus pubien, son extension anormale vers le rein gauche et son étendue considérable nous firent porter le diagnostic d'hématocèle intra péritonéale suppurée.

L'incision médiane sus pubienne nous conduisit directement sur une poche à parois lardacée et œdemateuse, d'une épaisseur de 15 à 20 millimètres, et contenant près de deux litres de pus.

La cavité, limitée en bas par l'utérus et les annexes, englobés dans un tissu analogue, était fermée en haut par les anses intestinales et l'épiploon, comme il fut aisé de nous en assurer en prolongeant en haut de quelques centimètres l'incision pariétale, afin de nous assurer qu'aucune goutte de pus n'avait infecté la grande cavité péritonéale.

Nous avons laissé les trompes et les ovaires, l'indication opératoire étant la guérison du foyer suppuré.

Nous avons pratiqué plusieurs fois des interventions analogues, avec plein succès.

Généralement, la guérison est définitive, et il n'est pas ultérieurement nécessaire de faire l'hystérectomie vaginale.

Parmi plusieurs exemples d'incisions latérales, nous citerons un cas de salpingite ou d'hématocèle suppurée unilatérale, et un cas de kypte dermoïde suppuré de l'ovaire ou du ligament large, opérés avec succès, quoique l'intervention ait été faite presque *in extremis*, par la simple incision. La tumeur tubaire ou ligamentaire suppurée est, en effet, entourée d'adhérences et, en pareil cas, l'opération est faite en deux ou trois minutes, sans présenter plus de gravité que l'incision d'un phlegmon iliaque d'origine ligamentaire. La seule différence, au point de vue du manuel opératoire, est que, au lieu d'atteindre le foyer suppuré entre l'aponévrose iliaque et séreuse, il faut, après avoir incisé le muscle transverse, inciser aussi le péritoine, à l'intérieur duquel se trouve soit le foyer purulent enkysté au milieu d'adhérences inflammatoires, soit la poche tubaire, ovarienne ou ligamentaire, elle-même circonscrite par des adhérences.

Ces dernières n'existeraient-elles pas, l'incision latérale n'offre en pareil cas aucun inconvénient et la poche unilatérale peut être tout aussi bien évacuée et, s'il y a lieu, extraite par cette voie que par la laparatomie.

Les opérations conservatrices ont, chez les jeune femmes, une importance indéniable, car la grossesse peut survenir ultérieurement, comme nous l'avons observé chez une malade opérée quatre semaines après ses couches, par l'incision vaginale, de plusieurs foyers péri-utérins à streptocoques. Cette malade, douée d'une résistance vitale exceptionnelle, avait une température vespérale de 41° depuis quinze jours, sans localisation

streptococcique appréciable. Autour du col, un véritable chémosis de la muqueuse vaginale.

La situation nous semblait désespérée, lorsque, percevant au toucher de petites tumeurs péri-utérines, nous décidâmes de pratiquer sur le champ l'incision de ces foyers. Le col saisi entre les mors des deux pinces à griffes, nous incisons la demi-circonférence postérieure du cul-de-sac vaginal et nous évacuons, en arrière et sur les côtés de l'utérus, plusieurs petits foyers de pus à streptocoques que nous bourrons de gaze antiseptique. L'intervention dura cinq minutes. La malade guérit après avoir présenté durant près de six mois une paralysie des muscles extenseurs des deux jambes assez analogue comme localisation à ce qu'on observe dans la paralysie infantile.

Elle a eu depuis une nouvelle grossesse, qui s'est terminée sans le moindre accident.

Ces observations témoignent que les suppurations péri-utérines, si variables dans leurs localisations et leur modalié, ne sauraient être, comme l'ont soutenu à tort Péan et Segond, justiciables d'un seul et unique traitement opératoire.

L'intervention s'impose ; elle doit être aussi rapide que possible, dans les cas aigus particulièrement ; mais il est inexact que l'hystérectomie vaginale soit la seule méthode rationnelle.

Pourquoi vouloir refuser aux suppurations pelviennes de pouvoir guérir, comme tant d'autres abcès, par la simple incision, suivie de la désinfection et du tamponnement du foyer.

Tout en considérant l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ou

mieux, comme nous l'avons dénommée, la castration totale, comme l'opération la plus souvent indiquée dans les cas de suppuration péri-utérine, nous sommes d'avis que, dans certains cas, bien déterminés et que les cliniciens devront étudier avec soin, il faut lui préférer, dans l'intérêt même des malades et pour réduire au minimum les chances d'insuccès, soit l'extirpation des annexes, suivie ou non suivie de l'extirpation de l'utérus, par la laparotomie, soit l'incision simple des poches.

La question des suppurations péri-utérines nous semble donc aujourd'hui suffisamment élucidée au point de vue des indications opératoires et nous n'avons plus qu'à attendre, pour réduire à néant la mortalité déjà si faible que nous avons aujourd'hui, la découverte de nouveaux sérums chimiotaxiques et antitoxiques, qui nous permettront d'obtenir la guérison des malades épuisées par des accidents septicémiques d'ancienne date et incapables d'une réaction suffisante pour seconder les efforts du chirurgien.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES

—

Nous traitons les cas de rétro-déviations utérines douloureuses par une double intervention :

Raccourcissement de la paroi utérine antérieure et opération d'Alexander.

Notre procédé d'hystéropexie par la voie vaginale porte sur l'utérus lui-même.

Il ne présente donc aucun des inconvénients des procédés préconisés jusqu'alors.

Le col saisi avec deux pinces à griffes, comme pour l'hystérectomie vaginale, nous l'abaissons à la vulve.

C'est là le procédé le meilleur et le plus simple pour réduire d'emblée la rétro-version. La traction directe agit ici comme agit dans une réduction de fracture de jambe la traction simple sur le pied.

L'utérus redressé et abaissé, nous incisons le cul-de-sac antérieur du vagin, comme dans le second temps de notre procédé d'hystérectomie vaginale, nous décollons la vessie et nous ouvrons le cul-de-sac antérieur du péritoine.

Nous passons immédiatement à ce niveau et transversalement, à l'aide d'un porte aiguille spécial, un fil de soie dans la couche superficielle du corps de l'utérus. L'autre chef est fixé à la partie inférieure de la portion sus-vaginale du col.

Cette ligature, en raccourcissant la surface extérieure de la paroi utérine antérieure, redresse l'organe, sans incurver le moins du monde la direction du canal cervical.

Nous plaçons, au-dessus du premier fil, une ligature de renfort, et nous refermons par un surjet au crin de Florence, dont les deux extrémités sont simplement arrêtées sur un tube de gomme, la plaie vaginale.

Cette opération demande 5 à 6 minutes. Nous la complétons en raccourcissant de 8 à 10 centimètres, après incision de la paroi antérieure du canal ingnical, les deux ligaments ronds.

Souvent nous pratiquons dans la même séance l'opération d'Emmet et de Schrœder. Il nous est arrivé de compléter l'intervention par la fermeture d'une large fistule recto-vaginale et une périnéorraphie totale, le tout, y compris l'opération d'Alexander, l'hystéropexie et l'autoplastie du col, en 50 minutes.

Cette malade est sortie de notre clinique, guérie, au bout de 15 jours.

La méthode que nous préconisons est simple et nous a donné d'excellents résultats.

Du Meilleur Mode de Fermeture
De l'Abdomen

—

La fermeture de l'abdomen, après la laparotomie, présente beaucoup moins de difficultés chez la femme que chez l'homme, et dans la région sous-ombilicale qu'au voisinage de l'appendice xyphoïde. Ainsi le rapprochement des lèvres de la séreuse et de la ligne blanche est souvent tellement difficile, au-dessus de l'ombilic, chez les sujets maigres, qu'il est indispensable d'employer de la soie très forte. Les sutures rapprochées à la soie exposent, en dehors de toute infection des fils ou de la plaie, à l'élimination de ces derniers, d'autant moins bien tolérés que la paroi abdominale est plus chargée de graisse.

Chez la femme, dans la région ombilicale et sous-ombilicale, qui seule doit être envisagée dans ce Congrès special de Gynécologie, nous fermons la plaie par une double suture.

1° Suture péritonéo-aponévrotique à points séparés, au Catgut de Reverdin, dégraissé et stérilisé à la chaleur sèche et que nous chauffons ensuite dans l'alcool phéniqué.

2° Suture de la peau au crin de Florence.

Nous ne fermons le péritoine et l'aponérose en surjet que dans les cas de petites incisions et de tension nulle des parois abdominales.

Si la couche adipense sous-cutanée est très épaisse, nous la rapprochons par deux ou trois sutures de Catgut médiocrement serrées et très espacées.

Nous suturons la peau en surjet au crin de Florence, avec une aiguille spéciale, analogue, à son extrémité, à nos aiguilles à manche, mais contournée à sa partie moyenne et striée sur le plat, de manière à être facilement saisie entre le pouce et l'index, et possédant en outre un chas disposé de telle manière que le fil s'y trouve naturellement retenu.

Nous avons fait construire trois modèles de ces aiguilles : une pour le crin de Florence, deux pour le Catgut et la grosse soie.

L'Hystérectomie abdominale totale

Depuis la publication de notre premier procédé d'hystérectomie abdominale par la laparotomie, en septembre 1892, à la première réunion de ce Congrès, où nous avons fait ressortir l'inanité de la méthode d'hémostase préventive et de morcellement de Péan, nous avons modifié notre manuel opératoire et exécuté l'isolement de l'utérus non plus de haut en bas, par décortication sous péritonéale progressive mais, de bas en haut dans la position de Trendeleubourg.

La tumeur extraite de l'abdomen grâce à un crochet spécial ou à l'aide de la pince et de l'élévateur de Reverdin, pour les très grosses tumeurs, nous perforons le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une pince courbe. La boutonnière agrandie, le col est saisi à l'aide de la pince érigne spéciale, que nous présentons au Congrès, et qui peut recevoir en chirurgie les plus multiples applications. Nous libérons de deux coups de ciseaux les attaches latérales du col, qui s'élève de quelques centimètres. La lèvre antérieure, si elle n'était pas accessible antérieurement, est saisie à son tour, la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin sectionnée, et le col, attiré en haut, se détache en un instant de la vessie, de bas en haut, et sans danger de lésion des uretères.

L'index gauche est introduit de l'abdomen vers le pubis, sous le ligament large du côté droit, isole de l'utérus l'arcade arterielle utéro-ovarienne, et le li-

gament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur rapidement attirée vers la gauche, du côté de l'operateur, s'isole en se déroulant en quelque sorte de son enveloppe séreuse et le ligament large de gauche est à son tour sectionné.

Quelques collègues, qui nous ont vu opérer, suivent exactement notre procédé, mais préfèrent pratiquer l'hémostase préventive des ligaments larges.

C'est ainsi qu'ont récemment opéré Nélaton et Reclus.

Cette modification de notre procédé est absolument inutile, et, comme nous en avons fait bien souvent la démonstration, c'est à peine s'il est nécessaire, au moment de la section des ligaments larges, tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts.

La tumeur enlevée, nous laissons libre le champ opératoire, afin de bien démontrer aux assistants que c'est à peine s'il en jaillit trois ou quatre jets de sang insignifiants.

Nous faisons l'hémostase à ciel ouvert comme dans une simple amputation de sein. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubos-ovariens, qui sont attirés, après résection des annexes, dans le vagin.

La tranche péritonéo vaginale, qui parfois saigne un peu, est réduite à une simple lèvre par une suture en surjet et le péritoine fermé par une double suture en bourse.

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-péritonéaux ou ligamentaires, rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, nous les énucléons rapidement après avoir incisé le

péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce que nous puissions perforer le cul-de-sac de Douglas.

Notre opération convient à tous les cas et nous a donnés, sauf une mort extra-opératoire chez une femme de 62 ans, cardiaque, et opérée pour des accidents aigus de compression, qui succomba à une pneumonie cachectique, 34 guérisons sur 34 opérations presque toutes graves, au-dessous de 60 ans. Notre premier procédé, publié en 1892, où nous pratiquions la forcipressure vaginale des ligaments larges, suivie du tamponnement, nous avait donné pour 26 cas, 3 décès opératoires.

Notre procédé actuel est non seulement le plus simple et le plus rapide des procédés connus, mais aussi le plus sûr, car il a donné jusqu'ici, entre les mains de divers chirurgiens, les résultats les plus satisfaisants qui soient connus pour l'hystérectomie abdominale dans les cas de tumeurs utérines volumineuses, soit 147 cas avec 7 décès, ou 4,7 pour cent.

De ces 7 décès, 1, pour ce qui nous concerne, devrait être retranché de ce chiffre, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Depuis que nous prenons soin de lier, au lieu de les pincer, les pédicules tubo-ovariens et de les attirer dans le vagin, pour fermer au-dessus par un double surjet ou une double ligature en bourse le péritoine pelvien, nous n'avons donc pas eu un seul accident opératoire.

La cavité péritonéale est même plus nette qu'après l'ovariotomie, car elle ne renferme aucun pédicule, ceux-ci se trouvant dans le vagin. Il est donc aisé de l'aseptiser complètement.

Voici le détail de cette statistique :

Snéguireff, de Moscou,	82 cas	4 m.
Doyen,	35 »	1 »
(1 mort à l'âge de 62 ans par broncho-pneumonie, sans lésions péritonéales).		
Fargas, de Barcelone,	13 »	1 »
Goubaroff, de Dorpat,	8 »	0 »
Bordallo, de Lisbonne,	7 »	1 »
Taylor, de Birmingham,	1 »	0 »
Nélaton et Reclus, de Paris,	1 »	0 »
	147 cas	7 morts

Soit 4.7 0/0.

Snéguireff et Goubaroff ont, comme Nélaton et Reclus, tout en suivant les principes généraux de notre méthode, apporté quelques modifications de détails.

Snéguireff, dont l'immense pratique a pu lui permettre de faire, depuis mars 1894, le nombre considérable de 97 hystérectomies abdominales totales, car il opère par ce procédé outre les fibrômes, des cas de cancer et de salpingites suppurées (15 cas avec 2 morts), nous écrivait avant-hier qu'il n'avait pu rencontrer un seul cas de tumeur utérine, si compliquée qu'elle fût, qu'on ne puisse extirper avec succès par ce procédé.

Si notre chiffre personnel d'opérations paraît relativement faible, il n'y faut voir que l'effet de notre prédilection pour l'hystérectomie vaginale toutes les fois qu'elle est possible.

Nous ajouterons enfin que les quelques modifications apportées par Snéguireff, Goubaroff, Nélaton, Reclus et quelques chirurgiens à notre procédé

personnel seront abandonnées par leurs auteurs même, dès qu'ils auront pu s'affranchir de la crainte du sang, et se persuader, en osant un peu plus, que moins on redoute l'hémorragie et plus on opère vite, moins on s'expose à perdre de sang.

Fargas, de Barcelone, qui met en pratique notre méthode intégrale, et professe, comme nous, un juste mépris pour ces artérioles utérines qui ont tant effrayé Péan et beaucoup d'autres chirurgiens, bien que leur volume soit réellement inférieur à celui de l'artère radiale, est dans le vrai. Son exemple, déjà suivi par beaucoup de collègues, contribuera, en faisant connaître l'inanité de l'hémostase préventive, à remettre en honneur le *cito, tuto et jucunde* de nos anciens maîtres, trop longtemps délaissé par des méthodes d'hésitation et de tâtonnement.

Reims. — Imp. E. Bugg, rue Robert-de-Coucy, 4.